

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 41

LES
COMPLICATIONS NERVEUSES
DES
FIÈVRES PARATHYPOÏDES

— — — — —
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Novembre 1919

PAR

Alexandre BURTIN

Né à Firminy (Loire), le 17 février 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse { DUCAMP, professeur, *Président*.
BAUMEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
RIMBAUD, agrégé.

— — — — —
MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LES
COMPLICATIONS NERVEUSES
DES FIÈVRES TYPHOÏDES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 41

LES

COMPLICATIONS NERVEUSES

DES

FIÈVRES PARATHYPOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Novembre 1919

PAR

Alexandre BURTIN

Né à Firminy (Loire), le 17 février 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, professeur, *Président*.
BAUMEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
RIMBAUD, agrégé. }

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	BEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Clinique médicale	DUCAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Médecine légale et toxicologie	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (*)
Anatomie pathologique	MASSABUAU (⊕)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ⊕) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBRYAN ⊕, a.l. (c. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS, (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie	WATON ⊕ (⊕) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ROGER
GRYNFELTT (*)	P. DELMAS	ETIENNE
LEENHARDT	EUZIERE	LISBONNE
GAUSSEL (*) ⊕	J. DELMAS (⊕)	PECH ⊕ (ch. d'agr.)
RICHE	RIMBAUD ⊕	

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, professeur, président.	MM. LEENHARDT, agrégé.
BAUMEL, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A TOUS MES MAÎTRES

A. BURTIN.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, il nous est agréable de remercier publiquement tous nos Maîtres et de leur témoigner nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

Nous prions Monsieur le docteur Ducamp, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous prions Monsieur le professeur Tédénat, d'accepter nos plus sincères remerciements pour la bonté qu'il nous a toujours témoignée en toute circonstance.

Nos sentiments de vive gratitude à Monsieur le professeur Granel, pour l'intérêt qu'il nous a toujours marqué au cours de nos études.

Nous remercions particulièrement Monsieur Euzière, professeur agrégé à la Faculté, qui nous inspira ce sujet de thèse et nous dirigea dans l'exécution de ce travail.

LES
COMPLICATIONS NERVEUSES
DES
FIÈVRES PARATYPHOÏDES

RESUME GENERAL DES PARATYPHOÏDES

HISTORIQUE. — Les infections paratyphoïdes décrites pour la première fois en 1896 par Achard et Bensaude, qui en isolèrent les germes pathogènes, furent peu étudiées en France, et c'est surtout en Amérique et en Allemagne qu'elles firent l'objet de nombreuses publications.

Parmi les quelques travaux publiés chez nous depuis cette époque jusqu'en 1914 nous citerons ceux de Widal et Nobécourt, Bensaude et Rivet, Lévy-Sirugue, Netter et Ribadeau-Dumas, Sacquépée.

Les auteurs américains Brill, Gwyn, Cushing, Coleman, Libman, Johnston, Longcope, Tuttle, Pratt; les auteurs allemands Kurth, Schottmuller, Brion et Kayser, Feyfer, Drigalski, Conradi, Sion et Negel; l'italien Ascoli, pour ne

citer que les principaux des auteurs étrangers, ont, pendant cette période, publié de nombreuses observations de la maladie.

C'est surtout à l'occasion d'une épidémie observée sur le front français, en 1915-1916, que l'étude des fièvres paratyphoïdes va donner lieu à un grand nombre de publications. Nous ne citerons pour mémoire que les travaux d'Achard, de Grenet et Fortineau, de Rivet, de Nobécourt et Peyre, de Rathery et Vansteenberghe, d'Etienne, de Vincent et Murattet.

Nous aurons l'occasion de citer dans un autre chapitre les auteurs qui ont traité plus particulièrement des complications nerveuses.

ETIOLOGIE. — L'étiologie ne diffère pas sensiblement de celle attribuée à la fièvre typhoïde. Les paratyphoïdes reconnaissent les mêmes causes favorisantes; seule la cause spécifique déterminante présente des caractères spéciaux.

Les germes pathogènes se transmettent comme le bacille d'Eberth. Le transport par l'eau est indiscutable; de même la contagion par le sol souillé par des matières fécales de malades, des convalescents et de certains sujets sains en contact avec les précédents. On a aussi pensé, à cause de l'analogie des agents pathogènes avec les bacillus enteridis de Gartner, que les paratyphoïdes peuvent survenir à la suite d'ingestion de viande avariée.

BACTÉRIOLOGIE — Il existe deux bacilles paratyphiques. Les paratyphiques A et B, mais on a également décrit des races intermédiaires. Ils se différencient de l'Eberth et du bacille coli par les caractères des cultures et surtout par les réactions fermentatives qu'ils provoquent dans les milieux sucrés et par leur agglutinabilité vis-à-vis des sérums pathologiques.

DIAGNOSTIC. — Les infections paratyphoïdes ressemblent dans la majorité des cas à la dothiéntérie si bien que le diagnostic clinique entre elles est impossible du moins dans la forme dite typhoïde, sinon dans la forme d'embarras gastrique fébrile. Dans aucune des formes de la maladie, les signes cliniques ne sont spécifiques: le diagnostic différentiel n'est donc tranché que par les recherches de laboratoire qui seules arrivent à supprimer tous les doutes.

On ne reconnaît plus aujourd'hui à la séro-agglutination toute la valeur qu'on lui avait primitivement attribuée et c'est à la recherche du bacille dans le sang, à l'hémoculture que l'on a actuellement recours car c'est elle qui est le procédé de choix.

De même, et surtout dans certaines formes anormales, en particulier dans les formes méningées, que nous aurons plus loin l'occasion d'étudier, le laboratoire seul avec l'hémoculture et l'étude du liquide céphalo-rachidien est susceptible de fixer le diagnostic.

POSSIBILITÉ DE COMPLICTIONS. — Les infections paratyphiques à type de dothiéntérie étaient et sont encore en général considérées comme représentant: « Le tableau d'une fièvre typhoïde relativement bénigne et caractérisée en outre par un début assez brusque et une durée totale inférieure à deux semaines ». D'après nombre d'auteurs, des complications peuvent bien survenir mais rares et encore plus rarement graves. Il semble bien cependant que les complications des paratyphoïdes soient les mêmes que celles de la fièvre typhoïde avec des différences de fréquence et de gravité. C'est l'opinion de Grenet et Fortinneau, de Nobécourt et Peyre, d'Achard, de Vincent et Murattet.

Pour M. Minet, qui a dirigé aux armées un service de typhiques et qui se base sur un grand nombre de cas de

paratyphoïdes authentifiées par l'hémoculture « les infections paratyphiques sont susceptibles de se compliquer aussi gravement et presque aussi souvent que la fièvre éberthienne ». Cet auteur arrive aux conclusions suivantes: « Les infections paratyphoïdes sont capables de créer dans l'organisme tout entier, les mêmes localisations et complications que l'infection éberthienne. A ce point de vue spécial de complication, seule la question de fréquence différencie paratyphoïdes et typhoïdes; quant à la gravité, elle est aussi grande d'un côté que de l'autre. En somme, les paratyphoïdes compliquées, si elles sont relativement plus rares que les typhoïdes compliquées, n'en sont pas moins graves ».

MM. Nobécourt et Peyre, dans une de leurs études sur les complications qu'ils ont observées, donnent les proportions suivantes: sur soixante-sept cas de paratyphoïde A, vingt-six ont présenté des complications, quelques-unes graves mais avec guérison; sur trente-huit cas de paratyphoïde B, neuf ont été compliqués. Enfin, MM. Raymond, Parisot et Orticoni, dans un de leurs comptes rendus à la Réunion médicale de la X^e armée, distinguent quatre types de formes graves et compliquées de paratyphoïde:

- 1. Formes graves par leur intensité,
- Formes prolongées,
- Formes à rechutes,
- Formes compliquées proprement dites.

MM. Grenet et Fortineau, sur soixante-seize cas de paratyphoïde A ont observé deux cas de mort et, sur douze cas de paratyphoïde B, un a été mortel. Ceci est loin de l'opinion qui était généralement admise que ces infections étaient bénignes, de courte durée et à peu près sans complications. Il est juste toutefois de remarquer que ces cas

ont été observés chez des soldats en campagne, toujours plus ou moins en état de misère physiologique et que c'est là un facteur étiologique important.

Nous retiendrons simplement ce fait : c'est que si, d'une manière générale, les fièvres paratyphoïdes ont un pronostic de bénignité relative, il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent présenter une allure clinique grave et être aggravées par d'assez sérieuses complications. L'étude de ces complications, en établissant leur fréquence, pourrait permettre de trouver un élément de diagnostic différentiel des infections paratyphiques. C'est ainsi que, dans la fièvre de Malte, des complications telles que les localisations articulaires et surtout l'orchite peuvent faire poser le diagnostic. Nous pouvons dire, dès à présent, que, dans les paratyphoïdes, aucune complication n'est susceptible de servir de base au diagnostic.

Ces complications peuvent porter sur les appareils digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, biliaire, génito-urinaire ou osseux. Enfin, des complications nerveuses ont été également signalées; c'est elles que nous allons à présent étudier.

COMPLICATIONS NERVEUSES

Le système nerveux est susceptible d'être touché au cours des fièvres paratyphoïdes comme au cours de toutes les affections aiguës. D'une façon générale, les symptômes nerveux sont moins prononcés que dans la dothiéntérie. Job n'a rencontré chez aucun de ses malades de véritable état typhoïde. Pour Etienne, la symptomatologie nerveuse est moins marquée dans la période d'état chez les paratyphiques que chez les éberthiens. On peut cependant noter de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, du délire, du tephos, de l'adynamie, de la prostration et de l'agitation. Les troubles de la réflectivité ont été également fréquemment observés; ainsi la diminution des réflexes tendineux a été observée chez dix pour cent des paratyphoïdes B, leur augmentation chez sept pour cent.

Indépendamment des symptômes nerveux des paratyphoïdes non compliquées, il y a lieu de distinguer des complications nerveuses vraies. Elles ne sont pas rares et portent sur le système nerveux central ou périphérique; sur vingt-six cas compliqués, cités par Nobécourt et Peyre, il y a trois cas de complications nerveuses.

Nous diviserons cette étude en trois parties. Nous envisagerons tout d'abord les syndromes méningés; dans un second chapitre, nous étudierons les syndromes névritiques; dans une troisième partie, enfin nous dirons un mot

des autres complications nerveuses qui ont été observées; puis nous tirerons quelques conclusions de l'ensemble de notre travail.

A. — SYNDROMES MÉNINGÉS

Les réactions méningées ont été fréquemment observées au cours des infections paratyphoïdes. Elles se présentent sous des aspects différents suivant que nous envisageons leurs manifestations au point de vue clinique ou au point de vue ponction lombaire. Nous pouvons donc diviser les syndromes méningés de la façon suivante :

A. — Au point de vue clinique, nous pouvons considérer trois modalités :

- 1° Syndrome méningé puis paratyphoïde;
- 2° Paratyphoïde puis syndrome méningé;
- 3° Syndrome méningé seul.

B. — Au point de vue ponction lombaire, nous pouvons considérer deux formes :

- 1° Méningite toxique;
- 2° Méningite vraie.

Formes toxiques. — Ces formes toxiques peuvent à leur tour revêtir deux aspects : méningisme simple sans réaction ou réaction aseptique.

Coyon et Rivet ont constaté au début de la maladie une légère réaction méningée se traduisant par de la raideur de la nuque et du signe de Kernig; mais ces phénomènes furent très transitoires et ne donnèrent pas lieu à ponction lombaire.

Grenet et Fortineau ont observé un cas dont le début

brusque fut marqué par un syndrome méningé: céphalée violente, constipation, photophobie, légère raideur de la nuque, léger signe de Kernig, pas de vomissements. Le liquide céphalo-rachidien était normal. Les symptômes cérébraux s'atténuèrent vers le quatrième jour; le malade présenta, par la suite, de la bronchite, des épistaxis, de la myocardite. L'hémoculture décela le paratyphique A.

Plusieurs autres auteurs ont observé ce syndrome méningé avec liquide céphalo-rachidien aseptique. Guy, Laroche et Lecaplain signalent une petite épidémie de paratyphoïde B à forme méningée. Dans trois cas, les phénomènes méningés constituaient tout le tableau clinique; dans trois autres, la réaction méningée plus ou moins marquée était associée aux signes dothiénentériques. L'évolution fut le plus souvent favorable; dans un seul cas, la mort survint au cours d'accidents nerveux graves: délire, hémiplegie gauche, épilepsie jacksonienne du même côté et coma.

Dans ces formes, le début est généralement brusque et fait penser à une méningite cérébro-spinale; les signes méningés peuvent être au complet. On peut noter, de plus, des symptômes divers qui augmentent les chances de confusion. Le liquide céphalo-rachidien ne présente que des modifications légères: l'albumine est plus ou moins augmentée; on peut noter une lymphocytose discrète ou intense, une polynucléose légère, parfois l'absence de tout élément cellulaire. L'absence d'éléments microbiens est la règle.

MM. Rathery et Vansteenbergh ont attiré l'attention sur un syndrome méningé net qu'ils ont souvent constaté chez des malades atteints d'affections typhoïdes. Le syndrome méningé était caractéristique. La ponction lombaire donnait issue à un liquide clair, légèrement hypertendu, sans fibrine, et sans augmentation du taux de l'albumine. L'examen cytologique était négatif, l'examen bactériolo-

gique et la culture sur les différents milieux montraient que le liquide était stérile. Ces auteurs en dosant le taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades ont constaté qu'il était chez tous augmenté et variait de 0 gr. 60 à 2 gr. 20 p. 100. L'étude de l'urée urinaire révélait une rétention nette. Presque tous ces malades présentaient de l'albuminurie avec cylindres épithéliaux et granuleux. Le dosage de l'urée dans le sang permettait de constater une augmentation de l'azotémie parallèle à celle trouvée dans le liquide. Ces syndromes méningés, sans méningite, seraient donc, pour ces auteurs, du moins dans certains cas, sous la dépendance de l'urémie.

Méningite vraie. — A côté de ces syndromes méningés, à réaction aseptique, il est des cas où l'on peut rencontrer des méningites à bacille paratyphique. Chez un malade de M. Bénard qui, en même temps que sa paratyphoïde présentait des phénomènes d'ordre méningé, le paratyphique A a pu être décelé dans le liquide céphalo-rachidien. Ce cas fut suivi de guérison.

Tolmer et Weissenbach ont publié une observation de méningite cérébro-spinale aiguë, suppurée, primitive, à bacille paratyphique A. Le malade, après quelques jours de fatigue, entre à l'hôpital avec des signes de bronchite légère; le lendemain surviennent des phénomènes méningés. La ponction lombaire donne un liquide trouble, jaune verdâtre, fibrineux, avec hyperalbuminose et présentant la formule cytologique des épanchements purulents, le culot de centrifugation étant constitué par des polynucléaires très altérés. Le malade tombe dans le coma et il succombe moins de quarante-huit heures après le début des accidents méningés.

L'autopsie révèle, outre l'existence de lésions de mé-

ningite diffuse, la présence de lésions de broncho-pneumonie de la base gauche, d'état psorentérique de la muqueuse de l'intestin grêle avec cinq érosions, siégeant sur des follicules clos tuméfiés. Le bacille paratyphique A est isolé du liquide céphalo-rachidien et du pus d'une petite bronche.

Si cliniquement cette observation se présente comme une localisation méningée primitive et exclusive de la septicémie, les constatations faites à l'autopsie démontrent au contraire que la localisation du bacille sur les méninges n'a été que prédominante. Et les auteurs concluent à l'existence d'un méningo-paratyphus.

B. — SYNDROMES NÉVRITIQUES

Névralgies. — Les névralgies sont souvent citées parmi les manifestations nerveuses des infections paratyphoïdes. C'est ainsi que Nobécourt et Peyre ont observé au quatrième jour d'une paratyphoïde A des signes de névralgie sciatique avec points douloureux classiques sans signe de Lasègue. Chez plusieurs autres de leurs malades apparurent aussi au début de la maladie le syndrome de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés. Ces névralgies peuvent être uni ou bilatérales, présenter ou non le signe de Lasègue, mais elles sont en général de courte durée.

Névrites. — Comme toutes les maladies infectieuses les fièvres paratyphoïdes sont susceptibles de donner lieu à des névrites avec ou sans paralysie. Rathery et Varsténberghe ont noté des signes de névrite portant sur le sciatique, le crural, le cubital ou le radial; « Les symptômes douloureux n'étaient que passagers, ils survenaient parfois

en pleine période d'état, beaucoup plus souvent au début de la convalescence ». Ce ne sont pas là des cas de névrite typique et durable et l'on ne peut dire s'il s'agit de névrite plutôt que de névralgie passagère.

Grenet et Fortineau ont observé, au début de la convalescence dans deux cas de paratyphoïde A, des signes de névrite légère avec fourmillements et sensation de brûlure et d'élancements dans les orteils sans paralysie. Ces troubles ont été de courte durée.

Achard, Carles citent aussi la névrite sciatique; Collin et Fortineau la névrite du pneumogastrique. On peut également observer la névrite du sciatique avec paralysie du sciatique poplitée externe avec, à la convalescence, une très légère parésie de la jambe.

MM. Cestan, Descomps, Euzière et Sauvage ont publié l'observation d'un cas de polynévrite consécutive à une paratyphoïde A. Le malade présentait quelques troubles de la sensibilité subjective et de la réflexivité, de la parésie des extenseurs des orteils. Les symptômes sont ceux d'une polynévrite; le début en fut progressif il n'y eut jamais de troubles sphinctériens ni de modification de la sensibilité objective. De plus, aucun autre facteur étiologique ne pouvant être incriminé, la polynévrite doit être attribuée à la paratyphoïde.

Nous donnons d'ailleurs ci-dessous le résumé de l'observation publiée par ces auteurs.

OBSERVATION PREMIÈRE

L..., 34 ans, sans antécédent digne de remarque fit, en septembre 1915, une paratyphoïde A. Au vingtième jour de la maladie, il fit une poussée de congestion pulmonaire.

Le 21 octobre apparut une phlébite qui nécessita un mois de prolongation de l'alitement. Quand il se leva, il avait grand peine à se tenir debout, avait besoin d'appui pour faire quelques pas et se fatiguait très vite.

A son entrée au Centre de neurologie, le 4 février 1916, il marchait assez bien avec deux cannes, mais se plaignait de faiblesse et de quelques sensations douloureuses dans les membres inférieurs. Rien d'anormal dans les membres supérieurs ni du côté de la face et des sphincters. Affirme n'avoir jamais eu aucune gêne de la parole, ni de la déglutition, ni aucun trouble oculaire.

Mémoire conservée, psychisme intact, pas d'amyotrophie des membres inférieurs, pas de troubles trophiques, léger œdème du pied gauche.

Mouvements passifs des membres inférieurs normaux. Les mouvements actifs de la cuisse et de la jambe le sont également, mais le relèvement du pied, normal à droite se fait lentement et sans force du côté gauche. L'extension des orteils est à peine ébauchée des deux côtés.

Réflexes rotuliens normaux. Les achilléens, pédieux et plantaires sont abolis des deux côtés.

Pas de troubles de la sensibilité objective, subjectivement ne ressent que quelques fourmillements après une marche un peu longue.

Tous les appareils fonctionnent normalement. A l'examen électrique, hypoexcitabilité faradique et galvanique marquée pour le biceps, les demi-tendineux et membraneux des deux côtés. Hypoexcitabilité encore plus marquée pour les sciatiques poplitée interne et externe; R. D. totale pour le long péronier latéral et le pédieux des deux côtés et pour l'extenseur propre du gros orteil gauche.

L'état de L... est de plus en plus amélioré; il marche normalement. Les réflexes ont reparu et il ne se plaint plus

que d'une fatigabilité plus grande qu'avant la maladie.

On a noté encore de la parésie du deltoïde (Achard et Bensaude) et des membres inférieurs (Carles et Marcland), la paralysie faciale périphérique (Rimbaud).

Enfin, MM. Guillain et Barré ont publié un cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun apparue dès le début d'une paratyphoïde A. C'est l'observation d'un soldat qui présenta comme symptômes initiaux, avec de violents maux de tête à la région frontale, le ptosis de l'œil droit et la paralysie du moteur oculaire commun, suivis pendant quelques jours d'état infectieux avec fièvre et abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Certains jours, il y eut une légère ébauche du signe de Kernig. La guérison fut complète en quelques semaines; l'hémoculture montra la présence du bacille paratyphique A. Quant à l'interprétation pathogénique de ce cas on pourrait peut-être songer à une localisation méningée bacillaire, mais il s'agit plus vraisemblablement de névrite infectieuse.

Le facteur pathogène essentiel de ces névrites réside dans le bacille paratyphique et ses toxines. Quant à la pathogénie de ces accidents, rien n'est moins surprenant qu'elle soit la même que pour les névrites éberthiennes. Or, Pitres et Vaillard ont établi de façon certaine, la présence de lésions de névrite parenchymateuse portant sur les nerfs périphériques des typhiques.

La prédisposition locale joue un rôle pathogénique dans la production de ces polynévrites. La preuve en a été faite pour les névrites consécutives à la fièvre typhoïde (1). Il en est de même pour les paratyphoïdes, et c'est ainsi que

(1) Cestan, Descomps, Euzière et Sauvage. : Quelques cas de paralysie périphérique consécutives à la fièvre typhoïde. Société médicale des hôpitaux, 24 mai 1918.

quelques auteurs ont signalé des phlébites accompagnées de signes de polynévrite. MM. Nobécourt et Peyre notamment ont observé, à la suite de phlébite des membres inférieurs consécutive à une paratyphoïde des signes de polynévrite avec paralysie presque complète d'un côté, atrophie musculaire et abolition des réflexes patellaires.

Névrite avec troubles psychiques. — Parmi les syndromes névritiques consécutifs aux infections paratyphoïdes, MM. Euzière et Boudon ont observé un cas de névrite avec troubles mentaux. Cette psychose polynévritique ou syndrome de Korsakoff est caractérisée par de l'amnésie de fixation et de la fabulation. Elle est habituellement considérée comme étant sous la dépendance de l'alcoolisme.

Grâce à l'amabilité de M. le professeur Euzière, nous donnons ci-dessous l'observation inédite de syndrome de Korsakoff consécutif à une fièvre paratyphoïde.

OBSERVATION II

(Inédite)

P... envoyé en Orient en janvier 1917 contracte à la fin de l'année une fièvre paratyphoïde. A son arrivée à Toulon le 2 décembre 1917, il avait des troubles psychiques et en particulier de gros troubles de la mémoire avec fabulation.

A son entrée au Centre de psychiatrie, le 14 mai 1918, il présente une grosse diminution de la mémoire. Ses derniers souvenirs remontent au moment où il a quitté le front français pour l'Orient. Il se souvient d'avoir bénéficié à ce moment d'une permission mais ne se rappelle ni de son voyage, ni de son séjour en Orient, ni de son retour en France.

Asthénie: se plaint d'une lassitude permanente, plus marquée le matin.

Pas de céphalée, ni de rachialgie.

Orientation défectueuse: le malade est obligé de consulter chaque matin un journal pour savoir la date du jour.

Attention: rapidement fatiguée.

Jugement: conservé.

Les souvenirs anciens eux-mêmes sont touchés. Pas de fabulation.

Marche difficile. Douleurs dans les membres inférieurs avec légère diminution de force des membres.

Réflexes tendineux: légèrement exagérés pour les rotuliens, abolis pour les achilléens.

Réflexes cutanés: pas d'extension du gros orteil.

Sensibilité au contact: normale.

Sensibilité à la piqure thermique: hypoesthésie à la partie antéro-externe des jambes.

Atrophie légère des muscles des mollets.

Un examen électrique, pratiqué le 18 mai 1918, montre une D. R. pour le sciatique poplité interne gauche et pour le sciatique poplité externe droit.

Après trois mois de convalescence, les troubles de la mémoire persistent toujours aussi marqués. Absence de fabulation. Persistance de l'asthénie: jugement conservé dans la mesure où les souvenirs le permettent. Affectivité conservée. La marche reste difficile et les douleurs dans les membres inférieurs persistent. L'état des réflexes et celui de la sensibilité est identique à ce qu'il était à l'entrée du malade dans le service.

À l'examen électrique, la D. R. a disparu. On ne constate plus que de l'hypoexcitabilité au courant faradique du nerf grand sciatique et sciatique poplité interne des deux côtés.

Réflexes pupillaires normaux.

Diagnostic de sortie : polynévrite post-typhique des nerfs sciatiques en voie de guérison ; psychose polynévritique.

C. — AUTRES COMPLICATIONS

Parmi les autres complications nerveuses que l'on peut observer, nous citerons l'hémiplégie, la tétanie, les troubles psychiques.

Hémiplégie. — Elle a pu être observée au cours d'infection paratyphoïde. Un cas en a été observé par MM. Raymond, Parisot et Orticoni. L'hémiplégie se présentait avec des troubles sensitifs et sans aphasie.

MM. Cestan, Descomps, Euzière et Sauvage ont publié l'observation d'une hémiplégie gauche survenue au cours d'une paratyphoïde B et présentant encore des reliquats plusieurs mois après. Les divers appareils ne pouvant être incriminés comme origine des accidents, l'hémiplégie paraît devoir être attribuée à un travail d'artérite cérébrale due à l'infection paratyphoïde. Nous donnons ci-dessous le résumé de cette observation.

OBSERVATION III

B..., 30 ans, possède un billet d'hôpital indiquant qu'il a été traité du 10 mai au 20 octobre 1915, pour une fièvre paratyphoïde B, compliquée de myocardite, d'insuffisance cardiaque avec congestion pulmonaire et épanchement pleural, d'hémiplégie gauche et muguet.

Retourné au front, il est évacué en février 1916 pour

reliquat d'hémiplégie gauche et entre temps présenta un accès de confusion mentale.

En juin 1916, il présentait encore quelques traces de son hémiplégie: la force du bras gauche était bien moins considérable que celle du bras droit, mais tous les mouvements étaient possibles. Le réflexe plantaire gauche se faisait en extension.

Rien d'anormal du côté de la marche si ce n'est une fatigue rapide de sa jambe gauche.

Réaction de Wassermann négative.

Tétanie. — Elle a été notée par MM. Bedos, Barbonneix et Corone. Les contractures apparurent au cours d'une paratyphoïde caractérisée par la fièvre continue, la diarrhée, les taches rosées et vérifiées par l'hémoculture. Le sujet présenta avec les contractures des extrémités (main d'accoucheur notamment), des convulsions et du spasme glottique. On nota de l'hyperexcitabilité mécanique et galvanique des nerfs. La guérison survint au bout d'un mois.

Cette observation semble bien démontrer que c'est moins les caractères de virulence des germes pathogènes que ceux du terrain qui influent sur la localisation de l'infection. Chez ce malade, en effet, qui avait dans ses premières années souffert de convulsions répétées, il est peu probable que l'infection ait créé la tétanie de toutes pièces, mais bien plutôt qu'elle existait antérieurement en puissance.

Psychoses. — Des troubles psychiques le plus souvent passagers mais quelquefois inquiétants, peuvent être observés. C'est ainsi que M. Merklen rapporte trois observations de psychose toxi-infectieuse aiguë au cours de fièvres paratyphoïdes. Un de ces malades présentait une attitude de dépression, de mutisme et de méfiance; un autre était un débile doux, tranquille et suggestionnable; le troisième présentait de l'euphorie et du puérilisme.

Dans une quatrième observation, la psychose s'est compliquée d'idées post-oniriques. « La psychose se présentait avec ses caractères classiques, entravant l'exercice des facultés supérieures et libérant l'automatisme ».

Les psychoses n'évoluent guère que dans les formes sérieuses de la maladie surtout au début ou durant les périodes d'intoxication aggravée; puis elles s'atténuent plus ou moins vite, mais peuvent se prolonger et créer du post-onérisme par leurs séquelles. Ces psychoses revêtent le type des psychoses toxi-infectieuses, mais elles ne dépendent pas uniquement de la virulence microbienne; elles empruntent leur orientation aux prédispositions individuelles.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Les infections paratyphiques, malgré une bénignité relative, peuvent présenter des complications sérieuses.

II. — Parmi ces complications, aucune par ses caractères de fréquence n'est susceptible de servir de base au diagnostic.

III. — Les complications nerveuses les plus fréquemment observées sont les localisations méningées et les syndromes névritiques.

IV. — Les syndromes méningés peuvent être divisés en méningisme simple sans réaction, réactions aseptiques et en méningites vraies.

V. — Parmi les réactions aseptiques, il y a lieu de mettre de côté des manifestations qui semblent être dues à l'urémie et non à l'infection paratyphique.

VI. — Dans toutes ces complications nerveuses, la prédisposition individuelle joue un rôle prépondérant dans la localisation des accidents.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Ch.). — Quelques observations de fièvres paratyphoïdes. *Annales de médecine*, juillet 1915.
- et BENSAUDE. — Infections paratyphoïdiques. Soc. médicale des hôpitaux, novembre 1896.
- BEDOS, BABONNEIX et CORONE. — Tétanie au cours d'une fièvre paratyphoïde. Soc. médicale des hôpitaux, 7 mai 1915.
- BENARD. — Etude clinique de quelques cas de paratyphoïde Réunion médicale de la IV^e armée, août 1915.
- BENSAUDE et RIVET. — Le paratyphus *Gazette des hôpitaux*, 13 et 20 août 1904.
- CARLES (J.). — Les fièvres paratyphoïdes. *Les Actualités médicales*, 1916.
- CESTAN, DESCOMPS, FUZIÈRE et SAUVAGE. — Deux cas de complications nerveuses des fièvres paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, 24 mai 1918.
- CHEVREL (F.). — Bacille paratyphique et infections paratyphoïdes. *Thèse de Paris*, 1906.
- COYON et RIVET. — Etude clinique sur les paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, octobre 1915.

- DEBOVE, TRÉMOLIÈRES et CAÏN. — Sept cas d'infections paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, 7 avril 1911.
- ETIENNE (G.). — Etude clinique des paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, juin 1915.
- GIROUX (L.). — Etude clinique des infections paratyphoïdes. *Revue générale de pathologie de guerre*, 1917.
- GRENET et FORTINEAU. — Etude sur une épidémie d'infections paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, décembre 1915.
- GUILLAIN et BARRÉ. — Paralysie du nerf moteur oculaire commun au cours d'une paratyphoïde A. *Annales de médecine*, 1916.
- JOB (E.). — Les infections à paratyphus B. *Revue de médecine*, 1913.
- LÉVI-SIRUGUE. — Le paratyphus. *Archives générales de médecine*, juillet 1903.
- MERKLEN. — Sur les déterminations psychiques des paratyphoïdes. Réunion médicale de la IV^e armée, 3 décembre 1915.
- MINET. — Les complications des paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, 1915.
- NETTER et RIBADEAU-DUMAS. — Etude clinique des infections paratyphoïdes. Société médicale des hôpitaux, décembre 1905.
- PRATT (J.). — On paratyphoid fever and its complications. *Boston medical and surgical journal*, 1903.
- RATHERY et VANSTEENBERGHE. — Syndrome méningé et azotémie au cours des maladies typhoïdes. Société médicale des hôpitaux, 19 novembre 1915.
- RIMBAUD (L.). — Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques. *Montpellier médical*, 1909.

ROBINSON (H.). — Caractéristiques cliniques des cas traités comme paratyphoïdes. *The Lancet*, 1915.

SACQUEPÉE et CHEVREL. — Les infections paratyphoïdes dans l'ouest de la France. *Presse médicale*, 1905.

TOLMER et WEISSENBACH. — Le méningo-paratyphus A. Société médicale des hôpitaux, décembre 1915.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 13 novembre 1919
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 13 novembre 1919
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
